

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**DANIELA TEIXEIRA CHAVES**

**A PARTICIPAÇÃO E ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA NA  
CONSOLIDAÇÃO DE UM PROJETO DE SAÚDE NA  
REGIÃO DA TRINDADE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 25106104

  
**Teresa Kleba Lisboa**  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

**FLORIANÓPOLIS  
2004**

**DANIELA TEIXEIRA CHAVES**

**A PARTICIPAÇÃO E ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA NA  
CONSOLIDAÇÃO DE UM PROJETO DE SAÚDE NA REGIÃO DA  
TRINDADE**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para obtenção do Grau de  
Bacharel em Serviço Social.**

**Orientador: Profº Dr. Raúl Burgos**

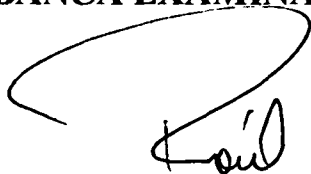
**FLORIANÓPOLIS  
2004**

**DANIELA TEIXEIRA CHAVES**

**A PARTICIPAÇÃO E ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA NA  
CONSOLIDAÇÃO DE UM PROJETO DE SAÚDE NA REGIÃO DA  
TRINDADE**

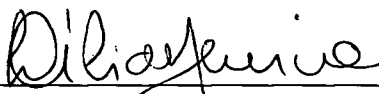
Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA:**



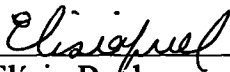
---

Orientador: Raúl Burgos  
Professor do Departamento de Serviço Social



---

Lílian Maria Pagliuca  
Enfermeira Secretária Municipal de Saúde  
de Florianópolis



---

Elisia Puél  
Prof.<sup>a</sup> do Departamento de Serviço Social

**FLORIANÓPOLIS**  
**2004**

## AGRADECIMENTOS

No momento em que se encerra esta etapa é importante lembrar e demonstrar gratidão a quem esteve presente durante todo esse processo:

*DEUS* que me deu força, coragem e fé para nunca desistir dos meus objetivos;

Meus pais; *Nivaldo e Jaciná* que durante toda a minha vida estavam presentes, transmitindo amor, coragem e mostrando os caminhos que deveria seguir;

Meu futuro marido; *André* que abraçou a minha causa e compreendeu tudo que passei dando carinho, atenção e principalmente força nas horas que mais precisava;

Meu irmão e cunhada; *Nivaldo e Flávia* que de maneira indireta participaram e contribuíram para a minha conquista;

Meu orientador; *Prof<sup>o</sup> Raúl* que colaborou de maneira expressiva e atenciosa na conclusão deste trabalho;

Minhas amigas; *Cheilla, Camila, Rejane e Daisy* que estiveram sempre ao meu lado dando incentivo e carinho;

Minha supervisora no estágio, *prof<sup>a</sup> Viviane*, pois sempre que precisei da sua ajuda ela esteve presente;

Enfim a todos que de alguma forma cooperaram para a conquista da primeira batalha na minha vida; a minha formação profissional.

*Agradeço* a todos deixando meu carinho e respeito.

**“Nenhum de nós pode fazer as coisas sozinho. A parceria, a colaboração e a aliança são as chaves para enfrentar desafios.”**

**Autor Desconhecido**

## RESUMO

O presente trabalho objetiva mostrar a relevância da organização comunitária na ordem de qualquer reivindicação. Este destaca a saúde desde o seu conceito menos abrangente até a promulgação da Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde em 1990, que instituíram um conceito universal de saúde a todos os indivíduos. Enfatiza as propostas estabelecidas pelas referidas leis como a descentralização e a municipalização até a chegada dos Conselhos de Saúde com a participação da Comunidade legitimada. Contextualiza brevemente o crescimento do bairro Trindade desde a década de 80, como eram tratadas as questões de saúde da população desta região e a partir de quando surgiu a necessidade das mobilizações pela implantação de um Centro de Saúde na comunidade. Expõe as dificuldades e os avanços no processo das reivindicações. Desde a morosidade em marcar reuniões e encontros com os governantes até a realização da importante reunião com a então prefeita de Florianópolis Ângela Amin, que na ocasião se prontificou a atender a solicitação da comunidade. Mostra porque foi formada uma Comissão Local de Saúde na região e qual a diferença para um Conselho Local de Saúde. Sugere como desafio à união e a organização entre comunidades na busca por um objetivo coletivo, enfocando o poder do grupo.

Palavras-chaves: participação, organização comunitária, reivindicação, centro de saúde, descentralização.

# SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA: A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>11</b>
2.1 – Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil desde a Década de 70.....	11
2.2 – Descentralização: a busca pela melhor alternativa.....	21
2.3 – Descentralização x Municipalização.....	24
2.4 – Principais entraves no Planejamento da Saúde.....	29
2.5 – O Conselho Municipal de Saúde e suas atribuições.....	31
<b>3 – A ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DAS REIVINDICAÇÕES PELO CENTRO DE SAÚDE DA TRINDADE.....</b>	<b>35</b>
3.1 – A importância da Participação e Organização Comunitária.....	35
3.2 – O Centro de Saúde e sua relevância para a Comunidade.....	40
3.3 – A necessidade de implantar um Centro de Saúde na Trindade.....	45
3.4 – Conselho Local de Saúde x Comissão Local de Saúde.....	49
3.5 – O processo de construção da Comissão Local de Saúde da Trindade e seus objetivos.....	51
3.6 – As expectativas em relação ao Centro de Saúde da Trindade.....	59
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso surgiu após estágio no projeto de extensão desenvolvido pela maternidade do Hospital Universitário que propõe um trabalho articulado a comunidade da Serrinha ao lado da UFSC.

Este estágio ocorreu no período de outubro de 2003 a março de 2004 e proporcionou um conhecimento mais profundo do contexto da organização comunitária desta região. Pode-se utilizar vários instrumentais de trabalho entre eles a observação, visitas domiciliares, participação em reuniões junto aos segmentos organizados da região e reuniões com gestantes da comunidade tendo em vista o objetivo do projeto de intervenção, com a análise de tudo que foi apreendido foi feito um mapeamento direcionando os fatos à realidade da comunidade.

A participação na rede de uma organização comunitária faz emergir todos os desejos e anseios de uma população.

A partir do processo organizativo que movimentou vários segmentos do bairro e resultou na concretização de um projeto de Saúde para os moradores da região, definiu-se o objeto de estudo a ser abordado neste trabalho: o processo sócio-político da construção do Centro de Saúde da Trindade.

Iniciando por um resgate histórico das políticas de saúde no Brasil desde a década de 70, a ênfase recai sobre o que era a Saúde para o Estado e como a Sociedade Civil a recebia.

Com a Constituição Federal e a elaboração do SUS foram aprovadas leis, como a Lei Orgânica da Saúde – LOS - (Lei 8080/90 e 8142/90); estas propuseram uma reformulação no sistema de saúde brasileiro, haja vista que até então este não conseguia suprir as demandas da população.



No artigo 6º da Constituição a saúde é definida como um direito social e no artigo 196 a saúde é instituída como direito de todos e dever do Estado, devendo este ser responsável pelas políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir da lei 8080/90 em seu artigo 7º é estabelecida a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, como um de seus princípios.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades, entre os níveis de governo no que diz respeito às ações de saúde. Esta surge como uma estratégia para a democratização, incorporando princípios como equidade e controle social.

Por sua vez, através da lei 8142/90 foi formalizada a participação da comunidade na gestão do SUS com a integração nos Conselhos de Saúde.

Com a promulgação de tais leis abrem-se novas oportunidades para a participação e organização comunitária.

Nestas novas oportunidades se inserem as reivindicações dos segmentos organizados da região da Trindade na busca pela construção do Centro de Saúde, motivo central de nosso trabalho.

Durante o processo de construção do trabalho foi feita uma pesquisa descritiva com cunho qualitativo onde teve-se acesso através do trabalho em rede formado durante o estágio, aos arquivos de documentos do setor da maternidade do Hospital Universitário, caracterizando-se uma pesquisa documental incluindo cartas, ofícios e atas de reuniões como registro das reivindicações. Além disto surgiu à necessidade de entrevistar algumas pessoas que colaboraram ativamente no processo. Assim a partir de uma relação de todos segmentos atuantes foram escolhidos dois atores, um comunitário, outro estatal, para dar uma entrevista.

A intenção foi trazer toda a complexidade do tema unindo-se a trajetória já percorrida pelos moradores e líderes comunitários no resgate do objetivo. Mostrar o que é uma Comissão Local de Saúde, como pode ser criada e quais os seus objetivos. Porque foi necessário instituir uma Comissão Local de Saúde na Trindade e a partir de que etapa das reivindicações essa comissão começou a operar.

## **2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA: A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL.**

### **2.1 – Breve histórico da saúde pública no Brasil desde a década de 70.**

O Brasil passou por várias fases em toda a trajetória do seu sistema de saúde, mas foi com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1967 que se desencadearam processos como:

- Extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural.
- Privilegiamento da prática médica curativa individual e assistencialista, ou seja, o trabalho era voltado a doença como uma consequência e não privilegiava-se a prevenção.
- Criação de um complexo médico-industrial, equipar o setor privado, proporcionando atendimento facilitado àqueles que possuíam condições econômicas melhores.
- Organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e obtenção de privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que se aumentava a cobertura, deixava-se à população usuária exposta a discriminação da política de saúde, pois, se tornavam mais visíveis as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados as populações urbanas e rurais e entre as diferentes clientela dentro de cada uma delas.

A partir de 1974 ocorreu a separação da área do trabalho (que era responsável pela assistência médica no país) da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas), base jurídica do sistema de saúde da década de 1970, que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), buscava reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Foram criados, institutos e órgãos, entre eles:

- Dataprev – empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços.
- Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
- Ceme – Central de Medicamentos.

O sistema que caracterizou a década de 70, seguiu por alguns caminhos específicos, cujo tripé organizacional era: o Estado (como grande financiador da saúde, através da Previdência Social), o setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e o setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos). Mas, durante esse período, esse modelo já começa a apresentar problemas como:

- A grave crise financeira, com origem nas fraudes do sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da Previdência para megaprojetos do governo, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado.
- A exclusão de parcelas expressivas da população e a incapacidade para alterar os perfis de morbimortalidade.
- A piora do quadro econômico pós-milagre e os custos crescentes do modelo adotado.
- A abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura.

Em 1978 surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde da Alma-Ata, promovida pela (OMS). No Brasil essa proposta surgiu juntamente com a necessidade de expandir a atenção médica, fornecendo um modelo de baixo custo, para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Segundo Almeida, Chioro e Zioni (2001), na década de 80 o contexto pode ser definido a partir de dois pontos principais: uma profunda crise econômica e o processo de redemocratização do país.

Politicamente a Aliança Democrática ganhou elegendo Tancredo Neves, mas, este morreu fazendo Presidente da República José Sarney que estabeleceu como prioridades de seu governo:

- Um novo padrão de desenvolvimento (crescimento econômico com distribuição).
- Definição de um novo arcabouço jurídico-institucional, daí a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, eleita em 1986.

Foi em março de 1986 que aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, evento importante pelo seu caráter democrático, onde participaram milhares de delegados representando pessoas dos mais diversos setores da população.

O resultado principal dessa conferência foi o estabelecimento de um consenso político que permitiu a criação do projeto de Reforma Sanitária, pautado em três aspectos principais:

- O conceito abrangente de saúde
- A Saúde como direito à cidadania e dever do Estado
- A instituição de um sistema único de saúde

No ano de 1988 foi aprovada a Constituição Federal incorporando novos conceitos e princípios e uma nova lógica de organização de saúde, expressos nos artigos 196-200:

- O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais.
- A saúde como direito social, universal, derivado do exercício de cidadania plena e não mais como direito previdenciário.
- A caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública.
- Criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade).
- Integração da saúde na Seguridade Social.

Na área da saúde a Constituição representou um avanço considerável. Nos anos seguintes (1989-1990) foi elaborada a Lei 8080 – chamada Lei Orgânica da Saúde, que propôs as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na constituição. Foram criadas também as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios.

Nessa época registrou-se uma grande reação do Movimento de Saúde, coordenado pela Plenária de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e no Governo que resultou na lei 8142 de 28/12/90. Resgatando a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os Estados e Municípios pudessem receber recursos Federais como fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde etc.

No início da década de 90 iniciou-se o processo de implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e do novo arcabouço jurídico: Constituição Federal 1988, Constituições Estaduais, Lei Orgânica Municipal, Lei 8080/90, Lei 8142/90.

A constituição federal propôs uma reformulação radical no sistema de saúde brasileiro por verificar que este não conseguia suprir as demandas da população.

De acordo com o artigo 4 da Lei Federal nº 8080, o SUS pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente “[...] pela iniciativa privada”. (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 2001, p. 34).

O SUS deve ter como objetivos principais: dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, para que sejam descobertos os meios capazes de alcançar os objetivos e efetivá-lo no Brasil.

A construção do SUS deve nortear-se pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, promovendo o acesso a ações de promoção, proteção e recuperação.

Dentre os princípios que regem a organização do SUS estão a Regionalização e Hierarquização; Resolutividade; Descentralização; Participação dos Cidadãos e Complementaridade do Setor Privado. Deste modo, é garantida a participação da população na formulação das políticas de Saúde e do controle de sua execução por meio de suas entidades representativas; a participação com poder deliberativo deve dar-se nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. A representação dos Conselhos de Saúde, que é definida pela Lei 8142/90 determina que eles deverão ter poder deliberativo ser paritários e tripartites em todas as esferas de governo.

A Descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades, entre os vários níveis de governo no que diz respeito às ações e serviços de saúde. Devendo haver uma redefinição das atribuições, com um aumento do poder municipal no que se refere à saúde. Esse processo é chamado de MUNICIPALIZAÇÃO, dando ao município maior responsabilidade na implementação das ações de Saúde, direcionada aos seus cidadãos.

Conforme os autores Almeida, Chioro e Zioni (2001) o Movimento Sanitário apoiado pelo Ministério da Saúde pressionou e reivindicou a realização da IX Conferencia Nacional de Saúde. Em princípio o governo central era contra, mas esta foi aprovada acontecendo em agosto de 1992.

Os mesmos autores indicam que a IX Conferencia Nacional de Saúde teve como tema Central “Saúde: A municipalização é o caminho”, demonstrando que os defensores do SUS preconizavam o processo de descentralização na gestão de serviços e ações de saúde.

Na sequência do movimento a preocupação maior foi à formulação e implantação da Norma Operacional Básica–NOB/SUS/93 com o objetivo de fazer cumprir a lei, a Constituição e as leis do SUS.

As NOBs são um conjunto de regras fundamentais que orientam os governos na municipalização, surgiram para que as leis não ficassem somente no papel e passassem a beneficiar os usuários.

Segundo Almeida, Chioro e Zioni (2001, p. 42) a NOB/93 estabeleceu como meta “disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do SUS”.

O Governo sabia que o processo de descentralização era complexo, por isso estabeleceu que o gerenciamento desse processo deveria ter como eixo central à prática do



planejamento integrado em cada esfera de governo, ancorado em foros permanentes de negociação e deliberação: as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde. Ficando distribuído da seguinte forma:

- Nível nacional: Comissão Intergestora Tripartite, integrada paritariamente por representantes do Ministério de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) como função de assistência, e o Conselho Nacional de Saúde, como órgão deliberativo e de controle da política nacional de saúde.
- Nível estadual: Comissão Intergestora Bipartite, integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e representantes do Cosems estadual, também com função de assistência e como instância de negociação e decisão, e o Conselho Estadual de Saúde, instância deliberativa e de controle da política estadual de saúde.
- Nível municipal: Conselho Municipal de Saúde como instância deliberativa e de controle da política municipal de saúde.

Na distribuição para os municípios, observando a realidade e verificando a diferença entre a situação real e a desejada, a Norma estabelece três situações de transição até a situação desejada.

- Condição de Gestão Incipiente. A Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as comissões bipartites em cada Estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstra

disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde.

- **Condição de Gestão Parcial.** A Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização de quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.
- **Condição de Gestão Semiplena.** A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual, assume a execução e o controle das ações básicas de saúde.

O SUS como projeto de transformação e mudança, estimulava um processo social e político e, desse modo, a sua implantação não dependia somente de textos legais ou de uma decisão racional. O pressuposto estabelecido pela NOB/93 quanto à relação Estado-municípios considerava a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, não referia e nem estabelecia função ou participação do Estado nesse processo, desse modo sofreu restrições na sua implantação principalmente do Conass, por esse motivo o repasse automático dos recursos financeiros - pré-requisito para implantação da mesma principalmente em relação à gestão semiplena - só foi regulamentado em agosto de 1994, quando finalmente foi entendida a importância dessa forma de repasse na concretização da

descentralização. A partir daí, gradativamente os municípios chegaram ao nível de gestão semiplena, incipiente e parcial.

Os municípios vivenciaram muitos avanços entre os quais: melhoria de diversos indicadores epidemiológicos e do nível de saúde de suas populações; aumento da oferta de serviços a população com maior controle e avaliação dos prestadores, o que determinou diminuição dos gastos e reutilização desses recursos conforme as prioridades apontadas nos planos de saúde, discutidos e aprovados pelos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde e a discussão de uma mudança do modelo de atenção à saúde.

Durante o processo de operacionalização do SUS iniciou-se um estudo para criação de uma outra NOB, aprimorando e requalificando a NOB/SUS/93, o que resultou na NOB/SUS-01/96. Esta foi resultado de intenso debate e negociações que duraram cerca de dois anos, com a participação das três esferas de governo. Entre os principais avanços destacavam-se as propostas de:

- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor<sup>1</sup>. São gestores do SUS, Secretários Municipais, Estaduais e Ministro da Saúde.
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizado para os municípios e atenção básica da saúde.
- Diminuir relativamente o repasse por produção, aumentando o repasse fundo a fundo.

Pela NOB/96 ficam determinadas as condições de gestão para os municípios da forma a seguir:

---

<sup>1</sup> GESTOR: pessoa responsável pela gestão comanda um sistema de saúde (do Município, Estado ou Nação) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, avaliação, planejamento, acompanhamento, controle e auditoria.

### **Gestão Plena da Atenção Básica - Responsabilidades**

- Gerenciar as unidades ambulatoriais próprias do Estado e da União existentes no Município, salvo se a comissão intergestora bipartite (CIB) ou a comissão intergestora tripartite (CIT) definir outra divisão de responsabilidade.
- Prestação de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico – PAB
- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados.
- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão.

### **Gestão Plena do Sistema Municipal – Responsabilidades**

- Elaboração de toda a programação municipal, contendo inclusive, a referência ambulatorial e hospitalar especializada, com incorporação negociada à programação estadual.
- Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, inclusive as de referência, as do Estado e da União existentes no Município, salvo se a comissão intergestora bipartite (CIB) ou a comissão intergestora tripartite (CIT) definir outra divisão de responsabilidade.
- Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive, os serviços de referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados à sua população, conforme série histórica, PPI (Programação Pactuada e Integrada) e deliberação da CIB.
- Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência e contra-referência.

- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores públicos e privados de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município – TFGM.
- Operacionalização e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional do SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) conforme normas do Ministério da Saúde, junto à Secretaria Estadual de Saúde.

## **2.2 – Descentralização: A Busca Pela Melhor Alternativa**

O espaço institucional se constitui através de uma luta político-ideológico-técnica de definição e implantação das estruturas institucionais de níveis federal, estadual e municipal, tendo como referencial a reforma sanitária. É necessário criar nas três instâncias definições e estratégias que venham a atender as exigências de cada esfera de acordo com o objeto proposto pelo Sistema Único de Saúde.

Desde a aprovação da constituição Federal de 1988 foi evidenciada a relevância da descentralização na saúde como uma maneira de conseguir prestar um serviço de saúde mais eficiente e organizado.

Um fator decisivo das transformações no espaço institucional é a descentralização que se caracteriza pela transferência de poderes de uma autoridade central a outra, de uma área ou de uma função especializada, e outra com distinta personalidade jurídica. Diferente da “desconcentração” que é a delegação de atribuições administrativas, sem a transferência do poder decisório, mantida a personalidade jurídica da mesma instituição, e descentralização:

Constitui um fato eminentemente político porque ao tratar-se de um fenômeno dinâmico que supõe o deslocamento, a passagem e a reformulação do poder dentro do Estado e entre este e a sociedade civil, compromete todas as idéias, inércias e cristalizações pretéritas referidas à

distribuição e alocação de recursos materiais e simbólicos. (OSZLAK *apud* MENDES, 1995, p. 110)

É importante ressaltar que a descentralização, como fato político de redistribuição de poder, quase nunca é fruto de uma concessão do centro à periferia, inscrevendo-se, freqüentemente, numa arena de luta política.

Neste sentido, a descentralização tem sido colocada em debate para a construção da democracia e possibilidade para a participação social. Numa discussão sobre descentralização e a democracia, Neto afirma:

Na atualidade, diferentes abordagens confluem no diagnóstico de que as dificuldades para o desenvolvimento da democracia e da eficácia das políticas sociais implementadas pelo Estado estariam relacionadas também à centralização político-administrativa. Algumas características da centralização seriam obstáculos à manutenção daquelas metas, tais como: a excessiva normatização a concentração de recursos financeiros, a fragmentação de órgãos e políticas e a proliferação de entes setoriais especializados, o esvaziamento das competências locais a favor do governo central, as dificuldades para estabelecer o controle social. Deste modo, a centralização ocasionaria burocratismo, setorialização, disfunções, perda de coerência e de agilidade nos processos decisórios, aumento dos gastos de funcionamento dos aparelhos de Estado e diminuição do Controle Social. (NETO, 1991 *apud* MENDES, 1995, p. 110).

É necessário cautela quando se fala em descentralização: existem os argumentos favoráveis e também os desfavoráveis. Constitui-se na descentralização a delegação de recursos de poder das esferas de governo central para a esfera de governo local e para a sociedade, configurando instâncias de poder local e de gestão democrática e contemplando a relação município-descentralização-democracia. Para isso é necessário conhecer cada território de maneira individualizada, quais as suas demandas, que tipo de organizações existem e de que maneira atuam, ou seja, definir a territorialidade dessas relações, conhecer as diferentes redes de poder existentes em cada local e sua articulação com instâncias externas de poder e estabelecer mecanismos que propiciem a apropriação, pelo

conjunto dos cidadãos, do processo de gestão da cidade. Trata-se, portanto, de aproximar a administração da vida cotidiana.

A descentralização deve ser entendida como parte de uma estratégia de democratização que transcende uma perspectiva meramente racionalizadora incorporando princípios como equidade e controle social. Esta se divide em três vertentes a tecnológica envolvendo a evolução dos mecanismos de controle, a cultural, através da mudança da cultura administrativa pela introdução de novos atores na gestão, e a político-social pela redistribuição espacial e social dos recursos.

Na saúde é cada vez mais visível a importância da descentralização, para conseguirmos um sistema de saúde mais eficaz, eficiente e democrático.

A Organização Mundial de Saúde patrocinou um estudo que envolve uma série de vantagens da descentralização entre eles um melhor atendimento às necessidades da população permitindo uma colaboração intersetorial.

A descentralização articulada a um território local, é importante unindo-se ao fato da necessidade de efetivação e eficiência do Sistema Único de Saúde, porque ela “permite dar aos cidadãos um papel real sobre a organização de seu sistema local de saúde; de encorajar as iniciativas visando a organizar, em função das tradições locais, os diferentes elementos do sistema de atenção, em particular as relações entre a medicina ambulatorial e a medicina hospitalar, entre as clínicas privadas, os hospitais públicos e os diferentes profissionais da saúde; de tomar em conta as particularidades locais (epidemiológicas, culturais, econômicas, sociais etc.); de determinar localmente as arbitragens entre os diferentes determinantes da saúde, em particular entre o social e o sanitário, e também de estabelecer um sistema de sanções e recompensas centrado sobre os resultados sanitários obtidos mais que sobre os processos em si mesmos”. (CONSTRANDRIOPOULOS, POUVORVILLE, 1991 *apud* MENDES, 1995, p.112)

A descentralização na saúde exige certas condições; sendo um processo de luta política, exige transformações estruturais e criação de duas medidas: apoio político e revisão periódica das estratégias em virtude da correlação de forças. Nesse contexto ela deve ser pensada como um processo gradual que deve ser cumprido em etapas e como

ponto de equilíbrio e cooperação entre os distintos níveis governamentais. O processo decisório deve ser encarado de forma coerente e não como uma autonomia anárquica; e deve ser alcançado através de um processo cauteloso, onde as unidades locais devem ter condições reais de suprir a demanda.

No caso brasileiro esse processo se faz necessário haja vista o tamanho do território e a concentração de enormes diferenças econômicas, sociais, espaciais, culturais e sanitárias.

É importante entender que a descentralização não pode limitar-se a sua dimensão racionalizadora devendo inscrever-se no ideário da Reforma Sanitária como meio de efficientização, de equalização e democratização do sistema de saúde, implicando em se tornar um instrumento de participação social.

### **2.3 - Descentralização x Municipalização**

Por melhores que sejam as legislações constitucional e infraconstitucional e os formatos institucionais, as mudanças não estarão garantidas. Isso porque a população move-se no plano fenomênico onde leis dizem pouco. O que conta é a concretude dos serviços que se prestam e se recebem e sua ligação com as necessidades destas pessoas. Estas ações ocorrem no espaço operativo da saúde geralmente em hospitais e centros de saúde.

O espaço operativo é, portanto, aquele em que um sistema de saúde adquire concretude mediante o estabelecimento, num território determinado, de uma relação direta e recíproca entre suas unidades produtoras de serviços. Geridas por uma autoridade sanitária e uma população com suas necessidades e representações. Ou seja, o espaço operativo é o espaço do Distrito Sanitário. (MENDES, 1995, p. 139).



O espaço local é um espaço político porque nele é que se materializam e se tornam visíveis, para a população, as transformações do sistema de saúde, permitindo a acumulação de poder pelos atores sociais envolvidos na transformação. Este é a combinação de uma estrutura socioeconômica, de poder e epidemiológica específicas e de uma organização técnica específica.

Da interligação de diversos atores envolvidos num determinado território é que poderá acontecer uma negociação sobre um projeto de saúde, sobre as formas para desenvolvê-lo e sobre os compromissos e responsabilidades a assumir para atingir os objetivos estabelecidos.

Quando se fala em-descentralização de poderes, principalmente na saúde, não se pode deixar excluída a municipalização. É preciso justificar a necessidade da municipalização por várias razões:

- a) A democracia exige a obediência às leis, e a Constituição Federal diz, no seu art. 30, item VII, que compete aos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados, prestar serviços de atendimento à saúde da população;
- b) Os cidadãos nascem, crescem, vivem, adoecem e morrem no município.
- c) É no espaço social definido pelo município que a autoridade sanitária tem endereço certo e sabido e onde adquire rosto visível e acessível aos cidadãos;
- d) A Municipalização da saúde é um fato social indiscutível que se sobrepõe aos desejos e às discussões sobre a sua viabilidade.
- e) Dentro do “caos da saúde”, as ilhas de melhoria do sistema público, de modo geral, ocorrem em sistemas municipais de saúde.

Nesse sentido a municipalização da saúde deve inscrever-se como microespaço social de exercício cotidiano de construção da democracia e, portanto, de criação de cidadania.

É oportuno reiterar que as mudanças na saúde exigem visão estratégica de longo prazo, paciência histórica e trabalho ininterrupto, não tendo espaço para soluções apressadas ou milagres.

Um argumento utilizado contrário à municipalização é que os municípios não estão preparados para assumir a gestão dos serviços de saúde. Isso não é totalmente verdadeiro. As instituições municipais, principalmente as localizadas em cidades de médio e grande porte, apresentam hoje, condições mais favoráveis à modernização que organismos estaduais e federais. Os pequenos municípios realmente passam por maiores dificuldades, porém, deverão gerenciar sistemas pequenos e receber apoio técnico da instância estadual.

A municipalização tende a terminar com as megainstituições nacionais e a reduzir organismos estaduais em tamanho e número de funcionários. Também a possibilidade de implantação de política de preços descentralizados diminuirá a força das instituições cartelizadoras e obrigará as negociações locais permanentes.

O argumento da impossibilidade de controle e avaliação é incoerente, haja vista que uma municipalização conseqüente horizontalizará os mecanismos de controle e avaliação, a par de construí-los numa outra perspectiva qual seja a de enfatizar os resultados dos serviços e porque os atuais sistemas de controle e avaliação constituem, apenas, rituais justificatórios dos descontos existentes. É preciso ter claro que só pode existir controle eficaz onde houver exercício de cidadania e isso dá-se com mais facilidade no espaço local.

A municipalização pode ocorrer analisando duas variáveis: de um lado, se a gestão faz-se com ou sem efetiva transferência de poder decisório e, de outro, se vem acompanhada, ou não, de uma mudança do modelo assistencial hegemônico.

A primeira variável é fundamental para que possa dar efetividade, ou não, ao art. 198, item I, da Constituição Federal e ao art. 18 da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, onde se estabelecem os princípios de descentralização, com mando único municipal, para a gestão dos serviços públicos de saúde. Colocam-se por decorrência duas alternativas:

Na primeira alternativa, há uma real transferência das instâncias federal e estadual para o município do poder de gerir o Sistema Municipal de Saúde, planejando, organizando, executando, avaliando e controlando as ações desenvolvidas pelos serviços públicos, estatais e privados, conveniados e contratados. Esta proposta concede ao município um poder de governabilidade ampla, permitindo a este a condução da política municipal de saúde.

Na segunda alternativa, os níveis federal e/ou estadual, através de convênios, passam a remunerar, direta ou indiretamente, os municípios por serviços efetivamente efetuados e/ou repassam suas unidades executoras de primeira linha para serem administradas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Esta alternativa corresponde, sempre, a um âmbito de governabilidade restrita ao não transferir aos municípios poderes decisórios que viabilizem a condução da política municipal de saúde e ao manter a administração através de convênios, forma perversa de relacionamento entre as instâncias federativas, reduzida à mera delegação de competências sem redefinição permanente das relações entre esses entes político-administrativos.

A segunda variável, se acontece ou não a mudança do modelo assistencial hegemônico, é que vai qualificar e diferenciar fundamentalmente os projetos alternativos, inseridos na arena política da saúde. Aqui, colocam-se, também, duas alternativas:

Na primeira, a municipalização, enquanto fenômeno de natureza político-administrativa, efetivada num espaço de transformação institucional, provoca uma mudança no modelo assistencial viabilizando um sistema de atenção à saúde. Acontecem

modificações no espaço institucional e operativo, configurando-se uma reforma assistencial.

Na segunda, a municipalização permanece restrita ao espaço institucional, isto é, ao campo político-administrativo, sem que haja uma mudança no paradigma assistencial.

As possibilidades dessa alternativa são de uma reforma administrativa convencional que procure racionalizar a assistência médica.

Cruzando-se essas quatro variáveis, podem identificar-se três formas prováveis de municipalização: a prestação de serviços, a inampsização<sup>2</sup> e a distritalização.

A *prestação de serviços* resulta de uma prática de municipalização onde não há transferência da gestão ao município, nem a mudança do modelo assistencial. Como tem acontecido em muitos municípios, ao introduzir em estruturas tradicionalmente dominadas pela lógica do sanitarismo um componente de atenção médica sustentado por transferência de verbas, que se superpõe sem integrar-se estruturalmente porque não há mudança no modelo assistencial, esse tipo de municipalização cria uma turbulenta coexistência entre subculturas institucionais distintas, de difícil governabilidade, o que tem contribuído para uma contínua desorganização dos serviços.

A segunda forma, chamada *inampsização*, deriva de uma visão de municipalização onde há uma transferência da gestão ao município - sob mecanismo de convênios -, mas, sem haver uma mudança do modelo assistencial.

O que essa municipalização não consegue fazer é cumprir com os princípios constitucionais da saúde, porque se limita a um espaço de atuação de atenção médica sem contribuir, significativamente, para a institucionalização de um sistema que possa mudar consideravelmente, os níveis de saúde da população.

---

<sup>2</sup> A palavra inampsização, busca recolher uma expressão de uso corrente, por associação a padrões institucionais historicamente representado, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

A terceira forma, denominada de *distritalização*, coloca uma opção de municipalização onde há transferência da gestão, com mando único municipal, a par de uma mudança do modelo assistencial através da implantação dos distritos sanitários entendidos como processos sociais de transformação das práticas sanitárias.

Esta forma pede uma mudança no plano institucional, um processo de modificação ideológico-técnico das práticas sanitárias, sendo uma maneira de municipalizar coerente com o ideário da Reforma Sanitária.

Em outras palavras, o que se busca com a construção dos distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário. (MENDES, *et al.* 1995, p.162).

A verdadeira reforma assistencial só pode ser conseguida se houver integração entre a transferência da gestão e a instituição do mando único, eventos desenvolvidos no espaço institucional com ações no espaço operativo de implantação do processo de distritalização da saúde.

## **2.4 - Principais entraves no Planejamento da Saúde**

Segundo Mendes (1995, p. 146), há muitos fatores que desencadeiam a crise do planejamento da saúde. No nível local, os principais problemas relativos ao planejamento e à programação da saúde são:

- a) O planejamento é superficial ao nível que planeja. Dá as costas para os serviços que pretende estar modificando para atender às exigências das instâncias superiores;

- b) O sujeito do planejamento está deslocado. A população não participa. Apenas recebe os planos que os seus “representantes”, fazem;
- c) O plano tem como objetivo um ente político-administrativo quase nunca chegando ao nível dos serviços locais;
- d) O plano desvia o objeto da saúde para o formalismo de roteiros, planilhas e formulários;
- e) Os instrumentos de planejamento vêm prontos, preparados por instancias superiores e os quadros locais são reduzidos a meros preenchedores de formulários;
- f) O plano não articula o que está programado com o cotidiano da administração e, por consequência, os documentos-plano são abandonados como ferramentas de gerência, limitando-se a instrumentos de captação de recursos;
- g) O plano aloca recursos e define produtos, desconhecendo, por completo, os processos tecnológicos.

O processo de distritalização sanitária exigirá uma mudança completa no sistema de planejamento e programação local.

Para tal, os instrumentos de planejamento e programação devem, sobretudo, contribuir para o desenvolvimento de seres criativos que, naquele espaço, sejam capazes de uma leitura político técnica da situação de saúde – descrever, compreender, explicar e propor intervenções e de avaliar resultados numa relação negociada entre os diferentes atores sociais da situação. Que o ato de planejar estimule o processo democrático de restauração do poder local nas suas dimensões técnica, administrativa e política. Por fim, se o espaço local é um espaço político onde atores sociais diferentes estão em constante interação, o planejamento normativo não é suficiente, fazendo-se necessário o planejamento estratégico.

## 2.5 – O Conselho Municipal de Saúde e suas atribuições.

Vejamos inicialmente a seguinte definição:

O conselho é um órgão ligado à saúde do município, deliberativo, permanente e composto por um colegiado de pessoas que se reúnem regularmente uma vez por mês para discutir ações gerais de sua comunidade e procurar soluções para problemas expostos, além disso, aprova a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é regulamentado pela Lei Federal nº 8142 e pela Lei Municipal nº 104, 02/92, e modificada pela Lei nº 210, 08/96 sob a ótica da municipalização. ( SOARES, 2000. Disponível em:< <http://www.ssmcrateus.ce.gov.br>> )

Além de representar a comunidade nos assuntos referentes à saúde pública e contribuir para melhorias neste setor, o Conselho Municipal de Saúde serve para articular a participação dos vários segmentos da sociedade na política municipal de saúde. Este não é apenas uma exigência legal, é a garantia de que a sociedade deixa de ser apenas usuária dos serviços para se transformar, efetivamente, em agente de mudanças.

O SUS somente sofrerá transformações na luta da saúde contra a doença, se contar com indissolúvel participação da sociedade. É necessário que o controle social exercido através do Conselho de Saúde, faça parte do cotidiano.

De acordo com Carvalho (1995 *apud* TATAGIBA 2002, p. 48), entre 1991 e 1993 foram construídos mais de dois mil Conselhos de Saúde por todo país, numa média de praticamente dois novos conselhos por dia. Em pesquisa mais recente, Carvalho (1997) volta a acentuar o fenômeno da proliferação dos conselhos: “em julho de 1996, uma estimativa (...) sugere que cerca de 65% do universo dos municípios brasileiros dispõem de Conselhos (...) isso significa algumas dezenas de milhares de conselheiros, número equivalente ao de vereadores”.

Dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em documento produzido em 1999, apontam para a existência de cerca de 45 mil conselheiros de saúde nas três esferas de governo (CNS, 1992, *apud* TATAGIBA, 2002, p. 48)

Os Conselhos de Políticas: “(...) ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais (...), são, em geral previstos em legislação nacional, tendo ou não caráter obrigatório, e são considerados parte integrante do sistema nacional, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações. São também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Neste grupo situam-se os Conselhos (...) de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e do Adolescente (...) Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia ao exercício desses direitos”. Zelam pela vigência desses direitos, garantindo sua inscrição ou inspiração na formulação das políticas e seu respeito na execução delas. (Pesquisa Comunidade Solidária, 1997 *apud* TATAGIBA, 2002, p. 49)

Os Conselhos emergiram a partir da Constituição Federal de 1988, tornados obrigatórios em vários níveis de definição das políticas, foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para Estados e municípios, constituindo-se como peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais.

No que se refere à sua composição, a legislação impõe o respeito ao princípio da paridade entre Estado e sociedade, como mecanismo de equilíbrio nas decisões. A representação governamental nos conselhos é feita, em geral, por agentes públicos titulares de cargos de direção Administrativa direta ou indireta, por responsáveis pelas áreas das políticas sociais, e por outros que atuem nas áreas afins, por indicação do chefe do Poder Executivo. A sociedade civil é representada por conselheiros escolhidos por seus pares, em fórum próprio, dentre as entidades e organizações não-governamentais prestadoras de serviço, de defesa de direitos, movimentos, associações comunitárias, sindicatos, associação de usuários, devendo essa composição ser prevista por Lei específica, de acordo com as particularidades de cada contexto. (MOREIRA, 1999 *apud* TATAGIBA, 2002, p. 50-51).



A regulamentação dos conselhos de saúde, como parte do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS), foi resultado de uma intensa mobilização social que teve início em São Paulo, em meados de 70, ganhando visibilidade nacional no início dos anos 90. De acordo com a Lei Federal nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990, o princípio constitucional da “participação da comunidade” na gestão pública dar-se-ia, no âmbito da saúde, pelas Conferências de Saúde e por meio dessas instâncias políticas, previstas para os três níveis de governo, de caráter permanente e deliberativo, compostas por governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários.

Os movimentos organizados da sociedade civil exerceram uma forte influência no processo constituinte, resultando dessa influência tanto a criação dos conselhos quanto a definição de alguns princípios que deveriam ser observados quando da implementação desses espaços. Quanto à composição, a lei de criação dos conselhos de saúde os distingue dos demais conselhos por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais. Dessa forma a paridade no caso da saúde significa, na verdade, uma super-representação do segmento dos usuários.

Segundo Carvalho (1997, apud TATAGIBA, 2002, p.48), trata-se de uma composição paritária que “discrimina positivamente” os segmentos e grupos com menor poder no sistema.

Os interesses que levam as entidades a disputar assento nos conselhos são os mais variados, assim como a própria noção do que seja participar na formulação das políticas. Para muitos representantes da sociedade civil, estar nos conselhos é uma forma de conseguir mais recursos para suas entidades e não uma forma de construir coletivamente o que seria o interesse público em cada área específica. É necessário o reconhecimento do

“outro” dentro de um processo construído igualitariamente, atribuindo importância às demandas coletivas e que atendam tais demandas.

No caso de não homologação pelo executivo das resoluções dos Conselhos de Saúde, estas devem ser encaminhadas ao Ministério Público.

### **3 – A ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DAS REIVINDICAÇÕES PELO CENTRO DE SAÚDE NA REGIÃO DA TRINDADE.**

#### **3.1 – A importância da Participação e Organização Comunitária.**

Segundo Vieira (2002), a partir da década de 70, a noção de sociedade civil mudou. Houve uma ruptura conceitual e esta se vincula aos movimentos sociais e políticos democratizantes do Leste Europeu, da Ásia e da América Latina. Expressões como autonomia, autogestão, independência, participação, empowerment, direitos humanos, cidadania passaram a ser associadas ao conceito de sociedade civil. Não se trata mais de um sinônimo de sociedade, mas de uma maneira de pensá-la, de uma perspectiva ligada à noção de igualdade de direitos, autonomia, participação, enfim, os direitos civis, políticos e sociais da cidadania. Em virtude disso, a sociedade civil tem que ser “organizada”.

Este coloca que a construção dessa esfera social-pública enquanto participação social e política dos cidadãos passa pela existência de entidades e movimentos não-governamentais, não-mercantis, não-corporativos e não-partidários. Tais entidades e movimentos são privados por sua origem, mas públicos por sua finalidade. Eles promovem a articulação entre esfera pública e âmbito privado como nova forma de representação, buscando alternativas de desenvolvimento democrático para a sociedade. Podem assumir um papel estratégico quando se transformam em sujeitos políticos autônomos e levantam a bandeira da ética, da cidadania, da democracia e da busca de um novo padrão de desenvolvimentos que não produza a exclusão social e a degradação ambiental.

No processo que determina a emergência de uma ação coletiva organizada, estão envolvidos diversos aspectos, como a sua base social, os agentes externos, os valores de referência, a noção de carências e necessidades e a concepção de transformação social. Os

movimentos por saneamento básico e saúde representam uma articulação de ações sociais que cobrem um amplo espectro – desde os abaixo-assinados até as formas mais avançadas de organização pela base, como é o caso dos Conselhos populares de saúde.

A partir desta constatação surge uma questão: por que, apesar de uma situação idêntica de pauperização e carência, a mobilização se dá de uma forma tão diferenciada, a ponto de encontrarmos bairros mobilizados e bairros não mobilizados vivendo as mesmas privações. Se as explicações complexas não dão conta da questão, talvez encontremos nos planos de referência dos moradores algumas indicações, principalmente quanto as noções de cidadania, justiça e identidade.

Para Valla e Siqueira, (1989 p. 95) a proposta mais importante é a de estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado. Ou seja, para garantir todas as outras medidas, a participação da população organizada é a mais importante.

Trata-se de considerar que a participação popular responde à necessidade de alterar o perfil das políticas e dos investimentos públicos vigentes em nosso país.

A existência de planos públicos com fins sociais faz com que os Estados contemporâneos, por mais antipopulares que possam ser (e frequentemente são), implementem políticas sociais (...) Apesar do funcionamento tradicionalmente autoritário do Estado brasileiro, a implementação das políticas sociais atualmente obriga a algum tipo de inter-releção com a população. Apesar de nossos planejadores contarem com instrumentos muito eficientes para impor suas razões técnicas, não podem deixar de lado as condições de demandas por serviços. Não podem, quer porque pagariam um alto custo político, quer porque a própria ideologia da intervenção estatal. Na área social pressupõe o diálogo. E convém não minimizar este último fator porque é ele que abre espaço para organismos e funcionários pouco ortodoxos, ao mesmo tempo que garante para os movimentos populares o apoio de agentes externos que legitimamente reclamam por distribuição mais democrática dos serviços coletivos. (CARDOSO, 1983, *apud* COSTA, 1989 p. 57)

Segundo Bobbio (1997), a democracia se caracteriza como um “conjunto de regras (primárias ou fundamentais), que estabelece quem está autorizado a tomar decisões coletivas e com quais procedimentos”. Este conjunto de regras é que distingue a democracia dos demais sistemas, sobretudo o fato de que estas regras, amadurecidas ao longo de séculos de provas e contra-provas, são muito mais elaboradas que as regras de outros sistemas e encontram-se hoje, quase por toda parte, constitucionalizadas.

A participação supõe equilíbrio entre poder e mobilização.

Para Jacobi (1989) a sobrevivência do movimento por saúde ao longo dos anos se reflete na capacidade dos líderes em manter níveis significativos de participação, expressos na contraposição às formas tradicionais de mobilização, isto é, há uma nova “cultura política”, numa concepção de tipos ideais, e aos valores que lhe são intrínsecos, como a sua dinâmica organizacional, referência coletiva em face do grupo e valorização do apoliticismo. O movimento por saúde desemboca na formação de conselhos populares, em moldes propostos pelos moradores, cujas reivindicações são legitimadas pelo Estado.

A extensão dos serviços básicos visando atender as necessidades imediatas da vida urbana e a ampliação dos bens de consumo coletivo (saúde, educação, saneamento, transportes) constituem ainda hoje um direito a ser conquistado por amplas parcelas da população, mesmo que integradas ao mercado de trabalho das grandes cidades brasileiras.

No Brasil a situação vem se agravando porque o Estado se omite transferindo suas responsabilidades, gerando uma grande parcela da população excluída dos benefícios e direitos de cidadania. (BODSTEIN, FONSECA, 1989)

A discussão de alguns aspectos relevantes para o entendimento do processo de organização, distribuição e ampliação de uma infra-estrutura básica de serviços de saúde se faz necessária, considerando sua importância para elevação do padrão sanitário do Brasil. Mesmo analisando os determinantes das condições de saúde na situação de vida das classes

populares é necessário salientar a importância dos serviços de saúde e da prática médico-hospitalar, pois contribuem para o processo de melhoria do padrão sanitário. A elevação dos níveis de saúde da população passa, pela criação de uma rede permanente de atenção primária.(BODSTEIN, FONSECA, 1989).

À medida que avança nos últimos anos no Brasil o debate a respeito da reforma sanitária, têm aparecido referências aos movimentos sociais como interlocutores das tentativas de desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. O aspecto importante é que a preocupação tem permitido discutir, na área da saúde, a ação dos distintos grupos e classes na definição das políticas sociais. De alguma maneira, as propostas sobre reorganização dos serviços de saúde deixam de ser tratadas como questão administrativa ou de interesse puramente técnico: começam a considerar, nos seus cálculos, o papel que demandas coletivas exercem na definição da utilidade das políticas sociais.(VALLA, SIQUEIRA, 1989, p. 100).

A democratização do setor passa hoje fundamentalmente pela efetiva participação e controle pelos setores populares das novas diretrizes dos serviços da saúde e, ainda, pela redefinição de uma rede integrada básica. Esta democratização pressupõe a decisão política do poder público na orientação dos investimentos do setor para a consolidação e melhoria da qualidade do atendimento básico e no reforço a distritalização dos serviços. (BODSTEIN, FONSECA, 1989, p. 70)

Mesmo considerando que a questão da saúde é muito mais complexa e que não se limita à dimensão assistencial, esta, entretanto, compreende um direito mínimo de cidadania. Neste sentido, cabe ao poder público garantir o acesso da população aos serviços básicos, o que por sua vez implica na crescente organização da população na reivindicação pelo controle e pela participação na gestão dos serviços de saúde. Trata-se de garantir a presença do Estado e dos interesses públicos naquilo que é fundamental para

assegurar um padrão de saúde e de cidadania à população. (BODSTEIN, FONSECA, 1989)

A participação social significa, fundamentalmente, uma forma de redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político, aproximando-os da periferia dos fatos e das pessoas que passam, em consequência, de objetos a sujeitos desse processo. Esta é um fato político porque representa o exercício de uma capacidade organizativa concreta da população, enquanto sociedade civil, tendo em vista o controle sobre atividades políticas.

As possibilidades de participação variarão de acordo com o grau de maturidade dos regimes democráticos, com o estilo de descentralização vigente e com a tradição organizativa da população, mas exigirá, sempre, uma nítida separação dos papéis do Estado e da Sociedade Civil.

Segundo Mendes (1995, p.114) não significa reconhecer que a mudança social seja resultado exclusivo da ação autônoma dos movimentos sociais ante o sistema institucional. Ao contrário, postula-se que existe uma interação entre estes agentes e, no processo, transformam-se ambos, passando a reconhecerem-se como negociadores de um espaço de deliberação, consensualização e controle.

No Movimento de Saúde, a ação do Estado também funciona como indutora de demandas que já existem, mas estão reprimidas. A dinamização da intervenção do Estado na expansão da melhoria da qualidade de atendimento da rede de serviços é realizada a partir de um processo pautado por uma interação, até então inexistente, entre a população e a secretaria de Saúde. Neste sentido, a ação do Estado não só legitima as demandas do movimento, mas joga com o grau de mobilização da população para conseguir a liberação de verbas para a concretização de planos. (JACOBI, 1989, p. 20)

Para Jacobi (1989, p. 20) na dinâmica de pressão, diálogo direto e negociação que os movimentos estabelecem com as agências públicas com que se defrontam, verifica-se que o enquadramento institucional torna-se tônica dominante, onde o Estado é cada vez

mais forçado a assumir compromissos com soluções concretas para reivindicações da população.

E não há como promover saúde sem que haja um desenvolvimento nas ações interligadas ao saneamento básico (água, recolhimento e eliminação de detritos humanos, habitação, higiene) com o desenvolvimento econômico e social aliados a ação comunitária. Assim como afirma Minayo (1992, p. 19) a mobilização coletiva favorece o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade dos indivíduos e da comunidade (empoderamento) na construção de espaços públicos, na reivindicação de políticas publicas, ou seja, a alcançar um “estado de satisfação e bem estar que engloba o conjunto de suas condições de vida, aspirações e relações sociais”.

No contexto das transformações no plano político-institucional e apesar do funcionamento tradicionalmente autoritário do Estado brasileiro, a implementação das políticas sociais como reflexo da busca de uma legitimidade junto aos setores populares – mesmo que através de um consenso passivo – obriga a mudanças na postura do Estado e de seus agentes na interação com a população. (JACOBI, 1989, p. 21).

Ao observar a dinâmica de funcionamento da intervenção do Estado com a Sociedade Civil, verifica-se que as “conquistas” são legitimadas a partir de uma luta contínua travada entre estes, a fim de deixar claro que estas conquistas são os direitos da população e não um benefício concedido pelo Estado.

### **3.2 – O Centro de Saúde e sua relevância para a Comunidade.**

“A função básica dos Centros de Saúde é a de atender às demandas da população nas áreas onde estão localizadas. Contudo essa definição precisa ser discutida.”(VALLA; SIQUEIRA, 1989, p.103.)



Desenvolvendo a discussão em torno da questão do Centro de Saúde e a Sociedade Civil é necessário relacionar a mudança estrutural com um funcionamento mais eficiente do próprio Centro de Saúde. Nesse caso segundo Valla e Siqueira (1989, p. 96) uma das discussões teórico-metodológicas que precisa-se aprofundar é a seguinte: o que é um Centro de Saúde mais eficiente e qual a população a ser atendida?

Nesse sentido deve-se entender primeiramente que o Centro de Saúde caracteriza-se como local para o atendimento de saúde da população, devendo reunir todos os atendimentos possíveis e só encaminhando os usuários quando aparecer situações emergenciais.

Para começar basta lembrar que quantitativamente os Centros de Saúde são insuficientes para dar conta da demanda por atenção primária de qualquer cidade do Brasil.

Para Valla e Siqueira (1989, p. 97) os fatores que levam a população aos centros estão relacionados com suas condições de trabalho e vida e que essas condições não encontram suas soluções nos Centros de Saúde, mas, sim, numa mudança mais ampla na sociedade brasileira.

O Centro de Saúde deve ser capaz de atender a população trabalhadora da maneira mais eficiente, mas, garantindo, ao mesmo tempo, uma discussão permanente com a população sobre as mudanças necessárias no Brasil a fim de assegurar a saúde plena para todos.

Dentro da lógica das políticas sociais do Estado – que tentam reintegrar os “desvios sociais” – faz-se uso corrente de certas categorias para classificar a população: idade, sexo, normalidade/anormalidade, favelado, carente, etc. Essa lógica de classificação perpassa também as políticas de saúde (enquanto parte das políticas sociais) e ordena o funcionamento dos serviços básicos. (VALLA; SIQUEIRA, 1989, p. 98)

Quanto à definição do quadro das necessidades de saúde da população carente, verifica-se habitualmente a redução a doenças consideradas da “miséria”, cujos cuidados, de baixo custo, podem se realizar nos Centros de Saúde, como a vacinação em massa. Os

programas e campanhas desenvolvidos pouco têm a ver com os indivíduos sociais e mais com os “agentes patológicos”.

Por ter uma visão centrada num único ângulo os serviços básicos de saúde e, especificamente os Centro de Saúde, tornam-se, então, crescentemente incapazes de detectar o quadro mais amplo das necessidades de saúde da população e, assim, de funcionar como “porta de acesso” ao sistema de saúde.

Para Valla e Siqueira (1989) na realidade, os serviços de saúde, devido às limitações, não têm condições de responder aos problemas que estejam situados além do campo das doenças infecto-contagiosas, como são os casos das doenças inespecíficas e das doenças do trabalho, uma vez que os seus profissionais, que atuam diretamente nos serviços, não estão capacitados para atender a esse tipo de demanda. A concepção que orienta a prática dos profissionais deixa de perceber que caracterizam uma certa forma do processo biológico de desgaste e da reprodução se manifestar.

O conhecimento dos tipos de doenças e a identificação dos principais problemas que envolvem a saúde são o que permitem o planeamento das atividades de um Centro de Saúde mais coerentemente, priorizando-as e orientando os recursos de acordo com o que seja mais necessário a esta população. A construção do perfil da população usuária pode ser feita com base em um conceito mais amplo de saúde, identificando questões e problemas cujo enfrentamento transcende ao setor saúde, dando assim elementos para que a mobilização popular avance no sentido da sua resolução.

Este levantamento pode ser feito através de duas maneiras dentro de um Centro de Saúde: o arquivo de pacientes da unidade de saúde, da demanda passiva<sup>3</sup>, ou através da demanda ativa<sup>4</sup> que a unidade deve atender.

---

<sup>3</sup> Demanda Passiva: Caracteriza-se pela população da área de abrangência do Centro de Saúde que se apresenta diariamente de forma espontânea ao mesmo.

Trata-se de ir além e abrir discussão nos Centro de Saúde com os segmentos organizados da população numa troca de experiências capaz de indicar os problemas de saúde até agora ignorados ou secundarizados na atenção primária.

Uma importante contribuição para superar esses limites pode ser dada pelos agentes de saúde, pessoas da população que desenvolvem ações de saúde. Esses agentes caracterizam-se como um elo de ligação entre o Centro de Saúde e a comunidade: situam os problemas concretos de saúde da população e pela sua inserção de classe são capazes de exprimir as demandas da população. (VALLA, SIQUEIRA, 1989, p. 103)

O que se propõe são serviços de saúde que atendam a toda a população. Ao mesmo tempo, dentro da lógica de atender a demanda ativa, ou seja, aquelas pessoas que por algum motivo não se dirigem ao posto, um Centro de Saúde, que é responsável por 100.000 habitantes, dos quais 70% vivem com baixos salários e longas horas de trabalho e 30% possuem condições de vida satisfatórias, deveria atender prioritariamente o primeiro grupo, tanto quantitativa como qualitativamente. A definição de quem é a população usuária, passa pela compreensão de que as classes populares, apesar de suas precárias condições de vida e de trabalho, contribuem para o funcionamento dos serviços públicos de saúde através do pagamento dos impostos diretos e indiretos.

É necessário destacar algumas dificuldades na resolução dos problemas de saúde da população, à distância, transportes públicos e a relação com outras instituições, tais como a escola pública, este é um problema básico, do próprio atendimento do usuário que mora na área da região administrativa do Centro de Saúde.

“Embora a resolução desse problema não seja fácil, a própria compreensão da sua complexidade aponta para uma maior nitidez do trabalho a ser desenvolvido pelo Centro.”  
(VALLA, SIQUEIRA, 1989, p. 103-104)

---

<sup>4</sup> Demanda Ativa: Caracteriza-se pela população da área de abrangência que o Centro de Saúde deve atender, porém uma parte destes usuários por vergonha ou distância longa a percorrer não se dirige ao mesmo ficando difícil controlar quem são e que tipo de tratamento necessitam.

A população precisa ter confiança e clareza de qual a função do Centro de Saúde e o que ele pode e tem a oferecer. Acredita-se que um centro de saúde por ser responsável pela saúde da população de determinada área, deve buscar conhecer as características dessa população, ou seja, como vivem, como trabalham, de que elas adoecem, de que morrem, a fim formular um diagnóstico mais preciso das suas reais necessidades e dessa forma atendê-las.

É neste ponto que se encontra um dos principais problemas na organização dos serviços de saúde: a identificação de qual é a população que deve ser atendida. Essa indefinição leva a ações que pouco têm a ver com os problemas da área de abrangência do Centro de Saúde, ou seja, com a realidade da população ali inserida.

À medida que se define quem é a população usuária dos serviços de saúde, abre-se uma perspectiva do próprio movimento popular se organizar melhor para reivindicar uma melhor atenção. Mas essa definição do usuário não é apenas uma questão de mais recursos humanos ou mais turnos. Atualmente, a maioria dos Centros de Saúde atende o que chamamos de “demanda passiva”, isto é, a população que se apresenta diariamente de uma forma espontânea ao serviço.

O direito à saúde está assegurado em lei, a grande questão que se impõe é transformá-lo palpável nas diferentes realidades que se apresentam sendo de caráter público, gratuito e acessível a todos indistintamente. A acessibilidade se refere ao fato do serviço de saúde ser utilizado por toda a comunidade (população adscrita) desde que os acessos geográfico, funcional, cultural e financeiro sejam considerados. (VALLA e STOTZ, 1993).

A partir do momento que o indivíduo tem seu direito assegurado, os acessos geográfico e funcional podem ser vistos como facilitadores ou obstaculizadores para a frequência do indivíduo ao serviço de saúde.

A definição de prioridades em atendimento é importante até mesmo para que o Centro de Saúde possa definir os recursos humanos e materiais necessários. Essa é a forma de superar a realidade do Centro de Saúde “carente” e conquistar o “possível”.

### **3.3 – A necessidade de implantar um Centro de Saúde na Trindade.**

Nesta etapa do trabalho foram analisados vários documentos como cartas, ofícios, atas de reuniões e trabalho de profissionais<sup>5</sup> que continham informações importantes no contexto das reivindicações e contribuíram de maneira relevante no desenvolvimento deste.

O bairro Trindade é muito valorizado comercialmente e concentra grande contingente populacional como consequência de sediar a Universidade Federal de Santa Catarina.

Antes da construção da UFSC, no início da década de 60, o bairro Trindade tinha muitas chácaras, poucas famílias e os caminhos eram estreitos e de barro, as únicas ruas eram: a Lauro Linhares e das Camarinas, hoje Madre Benvenuta.

Na praça havia a Paróquia, hoje conhecida como Igrejinha da UFSC, que possui 150 anos e que iniciou as Festas do Espírito Santo e da Santíssima Trindade. Atrás da Paróquia, existia o cemitério da comunidade que foi transferido para o cemitério São Francisco de Assis, no Itacorubi, quando o Governo federal comprou o terreno. Onde está localizado o DAE (Departamento de Administração Escolar) da UFSC era o Grupo Escolar Olívio Amorim; no Planetário, uma repartição da Secretaria da Agricultura; na Prefeitura Universitária (PU), a Penitenciária mantinha uma horta para os presos em regime semi-aberto e perto do Hospital Universitário (HU) era a Delegacia da Polícia. Onde é o

---

<sup>5</sup> Trabalho de conclusão do Curso de Pós Graduação em Saúde da Família da UFSC em 2003. Relato de moradora da comunidade com 70 anos de idade, em entrevista.

Supermercado Comper era uma chácara e o bairro Santa Mônica também era composto por terrenos e chácaras de onde as pessoas tiravam lenha para consumo próprio.

O processo de urbanização do bairro Trindade se iniciou há aproximadamente 40 anos com a Fundação da UFSC e outras repartições públicas. Em função disso, foram se agregando às primeiras moradias para estudantes, funcionários públicos e profissionais liberais, assim como toda infra-estrutura para o dia-a-dia destes: restaurantes, supermercados, bares, comércio, etc...

A igreja da Trindade e o asfalto na Avenida Beira-Mar foram construídos há mais ou menos 20 anos.

Na primeira metade da década de oitenta, inicia-se um intenso processo migratório na região que hoje compreende o bairro Trindade, estimulado pela expectativa de melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde.

O bairro da Trindade conta com uma população de cerca de 36.000 habitantes, e esta é bastante diversificada, constituída por estudantes, professores, funcionários públicos (da UFSC e de outras repartições da capital), profissionais liberais e as pessoas que vêm de outros municípios trabalhando de maneira informal e constituindo a parte mais pobre do bairro.

A comunidade Nossa Senhora Aparecida<sup>6</sup> contou com um Centro de Saúde próprio, que foi desativado em 1997 quando deveria ser inaugurado outro no bairro Agrônômica com a pretensão de atender esta população, mas este só foi inaugurado em 2000.

A comunidade da Serrinha<sup>7</sup>, segundo entrevista com Líder Comunitária<sup>8</sup> e moradora,

---

<sup>6</sup> Nossa Senhora Aparecida: comunidade localizada na região da Trindade, conhecida como Morro da Penitenciária

<sup>7</sup> Serrinha: comunidade localizada ao lado da UFSC.

*“teve a necessidade de um Centro de Saúde a partir do aparecimento de surtos de doenças comuns como diarreia, piolho e sarna. Com a situação agravada a solicitação do Centro foi atendida e este foi criado em 1985, vinculado ao HU/UFSC para tentar conter estas doenças e promover o atendimento básico de saúde à população.”*

Depois de aberto verificou-se outro problema: a rotatividade de sedes pela não oficialização do local fez com que a população se sentisse insegura e não tivesse garantia de continuidade no atendimento. Posteriormente em meados de 1987 o mesmo foi fechado e o trabalho continuou através de uma equipe de enfermagem até 1990.

Com a perda destas duas unidades básicas de saúde, a comunidade ficou sem referência na atenção primária. Estes passaram a ser atendidos no ambulatório do HU ou nos Centros de Saúde mais próximos (Córrego Grande, Agronômica, Pantanal), criando um problema que foi crescendo gradativamente para esta população.

O Hospital Universitário atende aos pacientes da grande Florianópolis e de todo estado de Santa Catarina, por não conseguir absorver toda a demanda, foi ocasionando uma defasagem nos atendimentos e fragmentação dos tratamentos.

Conforme Líder Comunitária;

*“no início de 1990, após fechamento do Posto na Serrinha, as reivindicações nesta região começaram, pois eu e meu marido estávamos na Associação de Moradores, tínhamos uma ligação muito grande com a comunidade e conhecíamos bem as necessidades da população.”*

A Associação de Moradores da Serrinha foi constituída oficialmente no final da década de oitenta tendo a participação efetiva do Sr. Osvaldo e da Sra. Maria Valenza, estes moram na comunidade há mais de vinte anos. Quando iniciou-se o processo de reivindicações pelo Centro de Saúde, na Serrinha já existia uma rede comunitária formada

---

<sup>8</sup> Maria S. Valenza – Moradora da Serrinha, participou do processo de reivindicações desde o início em 1985, entrevistada no dia 01/06/2004.

principalmente pela Associação de Moradores, Igreja, HU e comunidade, esse grupo já vinha lutando pelo calçamento no bairro, escola, creche e aos poucos foram conseguindo alguns êxitos.

Foi construída a Escola Desdobrada José Jacinto Machado, a Creche São Francisco de Assis, conseguido o calçamento da rua principal Marcus Aurélio Homem e continuava a luta pela saúde.

Após a abertura de alguns serviços essenciais para a Comunidade a articulação em rede se tornou mais forte e presente na Serrinha, unindo-se Associação de Moradores, Creche, Escola, Secretaria de Saúde através do PACS/Trindade-Sul, HU através do Serviço social da maternidade e Igreja por meio da Pastoral da Criança, formando-se um grupo determinado a buscar mais conquistas para a comunidade.

A luta pelo Centrô de Saúde se tornou mais ativa e surgiu a necessidade de articular com toda a Região, haja vista o objetivo do Centro de Saúde que era abranger todo o bairro Trindade. Então foram contatadas a Associação de Moradores do bairro Trindade (Ambatri), Comunidade Nossa Sra. Aparecida e todos os serviços que integram a comunidade.

Durante os anos 90, houve troca de gestões na associação de moradores e o movimento passou por avanços e retrocessos, mas com a entrada do Sálvio R. de Oliveira em 1998/99 e posteriormente o Volnei no final do ano 2000, foi levantado o debate novamente.

A necessidade de implantar novamente um posto de saúde na região da Trindade emergiu a partir destas constatações e com o objetivo de prestar um serviço eficaz e organizado, preconizando as necessidades da comunidade e fazendo um trabalho continuado com os usuários buscando resultados positivos na saúde corporal e psicoemocional.



### 3.4 – Conselho Local de Saúde x Comissão Local de Saúde

A população organizada, junto com funcionários e administração pública da saúde, decidem, fiscalizam e controlam os rumos do sistema de saúde. A participação no Conselho Municipal, Conselhos Locais e Conferências de Saúde dão à população a oportunidade de exercer seu Direito de Cidadania, obtendo informações, conhecimentos e participação nas decisões, o que fortalece os Movimentos que buscam a transformação Social.

O Conselho Local de Saúde é uma das maneiras da comunidade ter nas mãos o controle social. É um espaço oficial garantido e reconhecido por resolução do Conselho Municipal de Saúde, com caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações de saúde na área de abrangência de cada Unidade de Saúde.

Este deve ser constituído de no mínimo 50% da população usuária, 25% de funcionários da saúde e máximo de 25% de representantes da administração pública.

Os Conselhos Locais de Saúde são criados pelas Conferências Locais de Saúde, que devem ser amplamente divulgadas e permitir o máximo de participação da população local. É importante que todos os grupos organizados de uma comunidade discutam sobre seus problemas de saúde e sobre o que é o Conselho Local de Saúde antes da Conferência. Este tem como objetivo básico o estabelecimento, controle e avaliação da saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Segundo regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde (CLS's), elaborado pelo Médico Flávio Magajewski<sup>9</sup>, as funções do Conselho Local de Saúde são:

- a) Tomar conhecimento dos problemas de saúde da população, principalmente, os do seu bairro e região;

---

<sup>9</sup> Médico Flávio Magajewski, coordenador da Oficina “Participação Institucional no SUS” no II Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde realizado em Florianópolis em 10/2001.

- b) Organizar a população para que lhe sejam garantidas melhores condições de saúde;
- c) Proporcionar meios de informação para os usuários da Unidade de Saúde, de interesse da Saúde Coletiva, bem como, das atividades desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Despertar o interesse dos moradores da Região, a fim de obter a sua participação ativa e consciente na identificação e busca de soluções para os problemas de saúde;
- e) Representar a população perante as autoridades competentes, dentro de suas atribuições e por delegação de seus pares;
- f) Acompanhar e avaliar as atividades das Unidades de Saúde e os serviços prestados a população;
- g) Participar do planejamento das ações locais de saúde, bem como acompanhar e avaliar o impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde da comunidade;

As Comissões Locais de Saúde são organizações populares informais que se reúnem para defender os interesses e garantir os direitos da população usuária ao acesso dos serviços de saúde e ao Controle Social do Sistema de Saúde.

As Comissões Locais de Saúde têm completa autonomia e independência em relação aos organismos governamentais e isto lhe dá mais condições de criticar, fiscalizar, pressionar e mobilizar a população. (Conselhos Locais de Saúde, Região Bairro Ipiranga/São José, 2000)

Nas Comissões a população aprende a participar preparando as suas propostas para serem levadas a discussão do Conselho Local de Saúde. Sem esse espaço do povo organizado torna-se muito difícil exercer o Controle Social da Saúde. Importante salientar que onde for criado o Conselho Local de Saúde é relevante a participação da Comissão Local de Saúde com o objetivo de cobrança. Ao mesmo tempo, onde não houver as

Comissões Locais de Saúde é muito importante criá-las se a população quiser ter voz ativa nos Conselhos Locais de Saúde.

Algumas funções da Comissão Local de Saúde são: pesquisar as condições de vida, os problemas de saúde do bairro e os serviços de saúde existentes; elaborar propostas e preparar a população para as discussões do Conselho Local de Saúde organizá-la e conscientizá-la, incentivando-a a participação; desenvolver as lutas de saúde locais e outras reivindicações do bairro; fazer ligação com o Fórum Popular de Saúde e as lutas gerais da saúde.

Para o Médico Flávio Magajewski (2001), a promoção e a disseminação da formação de conselhos Locais de Saúde é uma excelente estratégia para a ampliação do Controle Social sobre o SUS. Este observa que a legislação da saúde é muito competente, mas não vem sendo acompanhada com a mesma qualidade por reformas administrativas para adequar as organizações aos princípios do SUS. Por isto as unidades de saúde trabalham, da mesma maneira que atuavam antes da implementação da nova política que organiza o serviço de saúde no país, a partir de 1988. Acredita que os conselhos locais podem se transformar numa boa estratégia para reverter essa lógica e para começar a organizar o sistema de saúde “de baixo para cima”.

### **3.5 – O processo de construção da Comissão Local de Saúde da Trindade e seus objetivos.**

No segundo semestre de 2000, moradores das comunidades da Serrinha, Nossa Senhora Aparecida e Trindade junto a profissionais de saúde e acadêmicos da UFSC, constatando a falta de um serviço de atenção básica efetivo e estruturado, passaram a reunir-se para discutir a viabilização de um Centro de Saúde capaz de suprir a necessidade

das referidas comunidades. As reuniões eram realizadas em locais de fácil acesso a todos para viabilizar a participação.

As negociações entre os líderes comunitários foram avançando e então surgiu uma proposta, tendo como idéia inicial construir o Centro de Saúde na Serrinha em terreno da UFSC, chamada de “Proposta de Atenção à Saúde da População da Trindade”<sup>10</sup>. Nela encontramos a seguinte definição de necessidade:

Tendo por base os princípios do Sistema Único de Saúde (Hierarquização, Universalização, Regionalização, Descentralização e Controle Social), a população da região Trindade Sul, em especial do bairro da Serrinha, vêm discutindo alternativas para garantir o princípio constitucional da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Existe, em termos de organização da comunidade, uma historia que foi vivida de maneira diferente da atual. Já puderam contar com um Serviço de Atenção Básica, ligado ao Departamento de Saúde Pública da UFSC e depois com o Projeto de Extensão do Departamento de Enfermagem também da UFSC. Após este período, constata-se mudanças significativas em termos de comunidade. Houve um crescimento importante e, pelas suas características, constituiu-se como uma população de risco (alto fluxo migratório; ocupação irregular das encostas – áreas de APP/APL) (área de preservação permanente e; falta de saneamento básico; população fora do mercado formal de trabalho, etc.)

Atualmente, conforme dados colhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde existe na região Trindade Sul 3200 domicílios (dado de janeiro de 2001); na região do Pantanal existem cerca de 2284 e na Trindade Norte aproximadamente 3600 moradias. Esta totalização representa, aproximadamente, 36420 pessoas que poderiam se beneficiar de uma nova unidade de saúde nesta região.

Entende-se que, pela proposta da Gestão Plena da Atenção Básica o município é responsável pelas seguintes ações:

- Imunização
- Curativos
- Nebulização
- Teste do Pezinho
- T.R.O
- Procedimentos Cirúrgicos Básicos
- Consulta em Clínica Médica Geral
- Consulta Ginecológica Básica
- Acompanhamento de gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, hanseníase, e tuberculose
- Atendimento domiciliar e odontológico básico
- Grupos Educativos

<sup>10</sup> Documento criado durante reuniões no primeiro trimestre de 2001 (20/03/2001), informações obtidas através de cópia do documento fornecido por representantes das comunidades envolvidas.

Com base nestas justificativas avalia-se como necessária a implantação de uma unidade de saúde para atendimento desta população. (Proposta de Atenção à Saúde da População da Trindade)

As reuniões agora teriam objetivos mais claros, entre eles, a busca por parcerias e a divulgação da proposta. Nesta etapa começaram as articulações e um primeiro documento tendo por base a proposta acima mencionada foi enviado pelo Presidente da Associação de Moradores da Serrinha na época, o Sr. Sálvio Roberto de Oliveira, ao Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina, professor Rodolfo Joaquim Pinto da Luz, no dia 20 de março de 2001, solicitando a cessão do espaço ao lado da Casa do Estudante na Avenida Desembargador Vitor Lima, de propriedade da União sob responsabilidade da UFSC, para construção da Unidade de Atenção Básica à Saúde da Trindade.

O Reitor posteriormente despachou ofício<sup>11</sup> a Secretaria Municipal de Saúde pedindo uma posição, tendo em vista a ligação das duas instituições e o objeto requerido. O órgão referido encaminhou resposta e este mandou cópia do ofício enviado pelo Secretário de Saúde<sup>12</sup> e pela Diretora do Departamento de Saúde Pública<sup>13</sup> ao Sr. Sálvio informando que seria necessária a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, precisaria ser reavaliada as limitações do Piso de Atenção Básica (PAB), bem como as restrições para contratação de Recursos Humanos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal e principalmente a atuação do Ambulatório de Atenção Básica do Hospital Universitário, existente na área e que possuía convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, com repasse mensal de verbas; ou seja, foi muito dificultado por esses órgãos a referida solicitação.

---

<sup>11</sup> Ofício nº 122/GR/2001, Reitor da UFCS enviou a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

<sup>12</sup> Ofício/SSDS/GAB/ nº 0424/01 enviado ao Reitor no dia 23/04/2001.

<sup>13</sup> CI. nº 286/01 enviada ao Gabinete do Secretário de Saúde do Município no dia 18/04/2001.

Alguns dos atores que contribuíram de maneira efetiva foram o Vereador João Batista e Márcio de Souza inclusive durante várias reuniões na comunidade e com o Secretário de Saúde, deixaram claro seu apoio as reivindicações da comunidade.

O Programa Docente Assistencial (PDA) demonstrou bastante interesse na construção do Centro de Saúde da Trindade. Este surgiu a partir dos objetivos do Programa de Articulação Docente Assistencial que foi definido em maio de 1997, através de um convênio específico entre o Centro de Ciências da Saúde e o Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social<sup>14</sup> da Prefeitura Municipal de Florianópolis, cuja finalidade era atender a necessidade de formação de recursos humanos para o setor público de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

No Programa Docente Assistencial (PDA), pressupõe-se a construção de um processo de ensino-aprendizagem realizado simultaneamente com o serviço público de Atenção Primária à Saúde e com a Universidade, em correspondência enviada a Líderes Comunitários no dia 06 de maio de 2002, o PDA enfatizou a importância de um Centro de Saúde que se caracterizasse como de atenção primária e secundária (de referência) para as unidades periféricas ao HU que integram o Programa. Tal Centro teria como objetivos, a perspectiva de colaborar com a capacitação dos profissionais, em formação.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde que chegam até as Unidades Básicas de Saúde. Para os 15% restante seriam realizados encaminhamentos para os níveis secundário e terciário, ou seja, serviços de média e alta complexidade da área médica ou das diferentes especialidades da área da saúde (psicólogo, farmacêutico, nutricionista, dentista, etc).

---

<sup>14</sup> Anteriormente a Secretaria de Saúde era vinculada à Secretaria do Desenvolvimento Social no município de Florianópolis, hoje esta é independente.

Segundo enfermeira<sup>15</sup> da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em entrevista, muitos embates foram verificados durante o processo: dificuldade em marcar reunião com governantes; o entendimento da prefeita Ângela Amin de que o Hospital Universitário deveria ser responsabilizado pelo fornecimento do Serviço de Atenção Básica de Saúde na Trindade, quando todos sabiam que seria impossível, pois este é Hospital referência para o atendimento em todo Estado, não conseguindo absorver tal demanda.

A dificuldade no convencimento dos órgãos públicos tornou-se visível e vários documentos como ofícios e cartas foram remetidos aos órgãos competentes: Departamento de Saúde Pública, Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Vereadores, na tentativa de mostrar a relevância e a urgência deste problema. Além de tudo presenciava-se a demora nas respostas, ou seja, falta de comprometimento político.

Um outro complicador segundo a entrevistada, era a própria organização da comunidade;

*“a falta de um sentimento de pertencimento. As pessoas têm dificuldade de se envolverem por vários motivos, um deles é o fato de que grande parte destas são de fora do município e quando chegam não conseguem zelar por união, pois estão deslocados, dificultando o processo organizativo”.*

Para a líder comunitária entrevistada um dos motivos que dificultaram a organização;

---

<sup>15</sup> Lilian Maria Pagliuca – Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (responsável pelo PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde da região Trindade-Sul e CAPS-I – Centro de Apoio Psicológico Infantil) entrevistada no dia 25/05/2004.

*“existia uma disputa interna que já acontecia pela localização do Centro de Saúde; a região Trindade-Norte o queria mais próximo e a Trindade-Sul também; com tais atitudes criava-se certas desigualdades.”*

Mas apesar de todos estes inconvenientes o resultado foi positivo e algumas batalhas foram conquistadas.

As duas entrevistadas acreditam que o processo começou a progredir a partir de reunião com a prefeita Ângela Amin em 06 de maio de 2002. Tal reunião foi viabilizada através de muitos contatos e da participação direta do Frei Daniel (Pároco responsável por todas as atividades da Igreja da Santíssima Trindade); este sendo primo da Sra. prefeita conseguiu articular audiência e nesta agendou reunião aberta para comunidade que aconteceu no Salão Paroquial da Igreja da Trindade. Além da prefeita teve participação dos Secretários de Saúde e Obras do município, Vereadores e mais de 300 moradores e pessoas envolvidas na questão. A coordenação ficou com os líderes comunitários, principalmente da Associação de Moradores da Serrinha e AMBATRI (Associação de Moradores do Bairro Trindade).

Na ocasião foi entregue ao Gestor Municipal um dossiê e um abaixo-assinado e depois de muita conversa, muitos embates e um conhecimento mais aprofundado das demandas da Comunidade a prefeita empenhou sua palavra que construiria uma Unidade de Saúde naquela região, mas, não seria no terreno onde inicialmente foi cogitado.

Também nesta reunião foi sugerido à comunidade que formassem um **Conselho Local de Saúde**. Porém, após consulta com especialistas foi constatado que não poderia ser criado um “conselho” haja vista a necessidade deste ser formado a partir da Unidade de Saúde, mas, uma **Comissão Local de Saúde**, com o objetivo principal de acompanhar o processo de viabilização/construção da Unidade Local de Saúde da Trindade, prometida pela prefeita. Esta comissão foi constituída no dia 03 de Julho de 2002 e teve como



membros integrantes os seguintes segmentos: Associação de Moradores do Bairro Trindade, Associação de Moradores da Serrinha, APP da Escola Hilda Teodoro Vieira, Creche Anjo da Guarda, Casa da Criança do Morro da Penitenciária, Comunidade Nossa Senhora Aparecida, Agentes Comunitários de Saúde e Coordenação do PACS da Trindade Sul<sup>16</sup>.

Após constituir tal Comissão, esta foi levada a conhecimento e avaliação do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

O próximo passo seria cobrar da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis o terreno para construção do Centro de Saúde, conforme a prefeita Ângela Amin havia prometido. Durante a procûra foram resguardados alguns critérios como a localização do terreno ser próximo ao Terminal Integrado para facilitar o acesso da população, esta é uma meta para todos os Centros de Saúde a partir deste governo; este teria que ser grande, pois a proposta inicial era construir um Centro de Saúde para um atendimento mais amplo, contando com psicologia, nutricionista, odontologia, etc...

Finalmente foi encontrado um terreno na Av. Gov. Irineu Bornhausen ao lado do TITRI – Terminal Integrado da Trindade, só que após estudo feito por engenheiros da viabilidade do mesmo, foi constatado que a área era de “mangue” e não poderia ser edificado um prédio de três (3) andares, ficando como opção uma construção térrea sem confirmação concreta de quais especialidades seriam inseridas.

Após compra e análise de viabilidade do terreno começou o processo de construção do Centro de Saúde da Trindade em setembro de 2003.

Inicialmente seguiria o modelo do Centro de Saúde da Agrônômica, porém, após avaliação ficou definido que seria semelhante ao de Canasvieiras, aproximadamente

---

<sup>16</sup> Trindade Sul – Nomenclatura criada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para dividir Bairro Trindade por ser extenso, esta começa na Av. Madre Benvenuta e segue até o HU.

600m<sup>2</sup> de área térrea construída, sede própria, salas para consultórios e demais procedimentos de enfermagem e possivelmente um auditório.

O vereador Márcio de Souza incluiu no orçamento municipal, recursos de 175 mil reais (limite máximo das emendas individuais para a obra). A prefeitura se responsabilizou por realocar recursos para completar a quantia necessária. O total calculado pelo Secretário de Saúde, Manoel Américo de Barros Filho, era aproximadamente 600 mil reais somando-se a construção do prédio (sem considerar o custo do terreno) e a aquisição de equipamentos. (COSTA, C; 2002. Disponível em: <<http://www.na.uol.com.br>>)

De acordo com Costa (2002) o sistema municipal de saúde está sob pressão exigindo um investimento constante em ampliação do atendimento. De acordo com os dados da secretaria, estima-se que cerca de 5 mil famílias migrem anualmente para a região da grande Florianópolis. A unidade da Agrônômica atua desde a sua fundação em 2000 com três equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), além de um setor de pediatria e já não consegue dar conta da demanda.

A Secretaria Municipal de Saúde pretende atender toda a população da Trindade estimada em 36 mil pessoas.

Conforme dados a secretaria detém o gerenciamento de 48 unidades de saúde, sendo 47 classificadas como básica e 01 unidade considerada de segunda linha de atenção por se tratar de uma unidade mista, a Policlínica II – Estreito, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Laboratório de Análises Clínicas e 01 Odontomóvel.

A previsão inicial para inauguração do Centro de Saúde da Trindade era julho de 2004, porém, em virtude de alguns imprevistos e a sede não estar totalmente concluída foi prorrogado o tempo. De acordo com informação extra oficial concedida pela Secretaria Municipal de Saúde a nova data está prevista para setembro de 2004.

### 3.6 – As Expectativas em relação ao Posto de Saúde da Trindade.

No decorrer das entrevistas ficou evidente que a conquista de um Centro de Saúde no Bairro teve a participação direta de todos os segmentos organizados atuantes nesta região.

Embora a Comissão Local de Saúde não tenha participado da elaboração do projeto arquitetônico, seus membros realizaram várias visitas ao local da edificação da obra, inclusive no Centro de Saúde de Canasvieiras que serviu de modelo, com o objetivo de acompanhar e vistoriar a construção.

Apesar de ser uma realidade e faltar pouco para ser inaugurado ficou um questionamento principalmente para a líder comunitária e moradora da Serrinha:

*“Será que era esse posto que a comunidade queria?”*

Segundo ela:

*“Foi muito importante essa conquista, mas infelizmente a prefeita não cedeu as reivindicações, ela executou a obra de acordo com os interesses da Prefeitura. Onde não houve possibilidade de participação na construção do projeto e há o medo de não haver a participação no funcionamento.”*

Nas duas entrevistas ficou a certeza de que em virtude da localização do Centro de Saúde a comunidade da região Trindade-Norte<sup>17</sup> levou vantagem e poderá ter suas expectativas contempladas. Mas, na Região Trindade-Sul foi ressaltado que as mudanças só poderão ser vistas após o funcionamento do mesmo.

Alguns inconvenientes foram apontados de maneira igual pelas duas entrevistadas, em primeiro lugar à distância:

---

<sup>17</sup> Trindade-Norte – região dividida pela própria Secretaria Municipal de Saúde, compreende a Rua Madre Benvenuta até o final quando liga-se a Agrônômica.

*“para a comunidade da Serrinha o Posto vai ficar longe e precisará ser usado ônibus. Os moradores que precisarem levar seus filhos ao médico e não tiverem dinheiro para a condução não irão ou descerão o morro caminhando até chegarem no Hospital Universitário e serem atendidos na emergência como hoje em dia já o fazem.”*

Esta constatação deixou evidente uma frustração vivenciada pela Lider Comunitária e Moradora da Serrinha:

*“A gente fazia planos de participar nas decisões do Posto e gostaríamos que a toda a população pobre fosse atendida e pudesse fazer parte dos objetivos do mesmo dentro de um trabalho em conjunto.”*

Diante da situação apresentada pode constatar-se que as expectativas em relação ao Centro de Saúde são muitas, mas, ao mesmo tempo a população está insegura no que diz respeito ao atendimento e somente com o funcionamento do mesmo poderão ser avaliadas as ações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde hoje se constitui um direito universal e de responsabilidade do Estado. Verifica-se que as leis existem e são coerentes, mas ainda não cumprem com seus verdadeiros objetivos.

Cabe salientar que não está apenas nas mãos dos Conselhos a possibilidade de democratização das políticas, especialmente a política de saúde. Este é um espaço que a sociedade civil organizada conseguiu conquistar, que precisa ser qualificado e ampliado ligando-se a outras formas de organização. A democratização das políticas é resultado da real democratização da sociedade, na redefinição das práticas societárias.

A democracia não é apenas um regime político com partidos e eleições livres. É, sobretudo uma forma de existência social. Democrática é uma sociedade aberta, que permite sempre a criação de novos direitos. Os movimentos sociais, nas suas lutas, transformaram os direitos declarados formalmente em direitos reais. As lutas pela liberdade e igualdade ampliaram os direitos civis e políticos da cidadania, criaram os direitos sociais, os direitos das chamadas “minorias” – mulheres, crianças, idosos, minorias étnicas e sexuais – e, pelas lutas ecológicas o direito ao meio ambiente sadio. (VIEIRA, 2002, p. 39-40).

A partir da década de 80 começou um processo migratório na região da Trindade, vindo morar pessoas e famílias provenientes do planalto serrano e do oeste catarinense. Esta população se concentrou principalmente nas partes mais altas do bairro, onde se localiza a Serrinha e o Morro da Penitenciária. Estes moradores pertencem a um segmento sócio-econômico mais baixo e vêm para Florianópolis em busca de trabalho e melhores condições de vida e saúde. Quando chegam sentem dificuldade de colocação no mercado de trabalho haja vista a baixa qualificação profissional e a maioria ser trabalhador rural. Os homens assumem, geralmente, trabalho na construção civil, jardinagem e outros biscates.

es são domésticas e faxineiras. Devido à realidade econômica brasileira, muitos empregados.

Diante destas constatações, moradores e líderes comunitários passaram a reunir-se em função da necessidade de um Centro de Saúde para a região.

A emergência de um Centro de Saúde mobilizou muitos segmentos em prol de um bem comum e felizmente com a obtenção de um resultado positivo. Embora não tenha atingido todos com a mesma intensidade, mostrou do que pode ser capaz a comunidade organizada na conquista de uma cidadania efetiva, no sentido que expressa a seguinte citação:

A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na definição de instituições permanentes para a expressão política (partidos, órgãos públicos), significando necessariamente conquista e consolidação social e política. A cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política. (CHAUÍ, 1984 *apud* VIEIRA, 2002, p.40)

Um grande desafio é a partir desse exemplo de movimentos sociais, organização e ação comunitária fazer emergir outros na mesma proporção, alavancando a autonomia dos indivíduos e o seu poder de decisão.

O movimento por saúde inverte a lógica de representação a partir da formação dos Conselhos Populares nos moldes propostos pelos moradores. Estes representam órgãos oficializados de controle de prestação de serviços públicos com atuação autônoma e escolhidos por eleições livres. Dado seu desenvolvimento, os Conselhos representam uma importante conquista da população na medida em que o Estado não mais vê os movimentos como seus adversários, mas legitima suas reivindicações. (JACOBI, 1989, p. 27)

Estes movimentos apontam, a partir da conscientização do coletivo, para uma atuação diferenciada na gestão do que é público, onde a representação não resume o esforço de organização, mas configura uma parte de um processo onde os

moradores criam as condições para influenciar na dinâmica de funcionamento de um órgão de Estado. Ao lado dessa representação formal, as Comissões de saúde se encarregam de manter a mobilização popular como um espaço para a participação direta.

Embora a noção de cidadania e dos direitos para a nação esteja fortemente marcada pela referência ao mercado, não podemos perder de vista que é através desta forma ideológica aparentemente rudimentar que os indivíduos das classes populares expressam a revolta contra a negação sistemática de seus direitos e, ao mesmo tempo, são motivados a conquistá-los.

A cidadania só poderá ser exercida de forma global quando as pessoas tiverem acesso à informação e principalmente a educação. Da mesma forma a organização comunitária só terá êxito a partir da formação de uma consciência coletiva na busca de um objetivo comum.

## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1997.

BODSTEIN, R. C. de A; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R. *et al.* (org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. Vozes-Abrasco, p. 67-90. 1989.

BRASIL. Constituição (1988). **Princípios Fundamentais art 6º, da Ordem Social art. 196**, de 1988. Rio de Janeiro. Constituição da República Federativa do Brasil. 15. ed. Ed. DP&A, 2004

BRASIL. **Decreto Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Decreto Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. lex: coletânea de Leis: edição Regional, CRESS – Conselho Regional de Serviço Social 12ª Região (SC), 2. ed. Santa Catarina, 2001

CHIORO, A; ALMEIDA, E. S; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E. S. (org.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

CONSELHOS Locais de Saúde: **O Controle do sistema único de saúde pela população**. Região do Bairro Ipiranga - São José-SC, mai. 2000.

COSTA, C. Prefeitura estuda local para novo posto de saúde. **AN Capital**. Florianópolis, 09 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.na.uol.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

COSTA, N. R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: COSTA, N. R. *et al.* (org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. Vozes-Abrasco, p. 45-66. 1989.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz popular**; Movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará: ANPOCS – Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 1995.



ESPEZIM, C. A. **Regionalização em saúde: um estudo da percepção dos gestores municipais de saúde no estado de Santa Catarina janeiro de 1998 a agosto de 2000.** 2000. 86 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

JACOBI, P. R. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, N, R. *et al.* (org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde.** Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. Vozes-Abrasco, p. 13-36. 1989.

MAGAJEWSKI, F. **Conselho local pode organizar saúde “de baixo para cima”.** Médico - Coordenador Oficina Participação Institucional no SUS, II Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde realizado em Florianópolis em outubro de 2001. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.com.br>>. Acesso em: 15 abr. 2004.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1995.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como Política: Um estudo de formuladores de Políticas.** São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco, 1992.

MOCINHO, R. R. **Construindo e analisando uma proposta de instrumentalização de conselheiros de saúde para o exercício do controle social.** 2000. 120 f. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Serviços desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

SILVA, A. et al. **Movimento Popular de Saúde do Oeste de Santa Catarina: Sistema Único de Saúde.** Chapecó: Pastoral da SAÚDE de Santa Catarina, 1997.

SOARES, M. S. **O que é Conselho Municipal de Saúde.** Secretaria de Saúde do Município de Crateús/CE, 2000. Disponível em: <<http://www.ssmcrateus.ce.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2004

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. São Paulo: Ed. Cortez, 1987.

STOTZ, E. N; NETO, O. C. Processo de trabalho e saúde – O caso de trabalhadores em curture. In: COSTA, N. R. *et al.* (org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. Vozes-Abrasco, p. 37-66. 1989.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1995.

TRINDADE terá posto de Saúde até março de 2003. **AN Capital**. Florianópolis, 13 mai. 2002. Disponível em: <<http://www.na.uol.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

VALLA, V. V; SIQUEIRA, S. A. V. O centro municipal de saúde e a participação popular. In: COSTA, N. R. *et al.* (org.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. Vozes-Abrasco, p. 91-116. 1989.

VALLA, V. V; STOTZ, E. N. **Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1993.

VEBER, A. P. et al. **Trindade e Saúde: Estudo de caso do processo de estruturação de um modelo de atenção à saúde para a comunidade do bairro Trindade – Florianópolis/SC**. 2003. 90 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

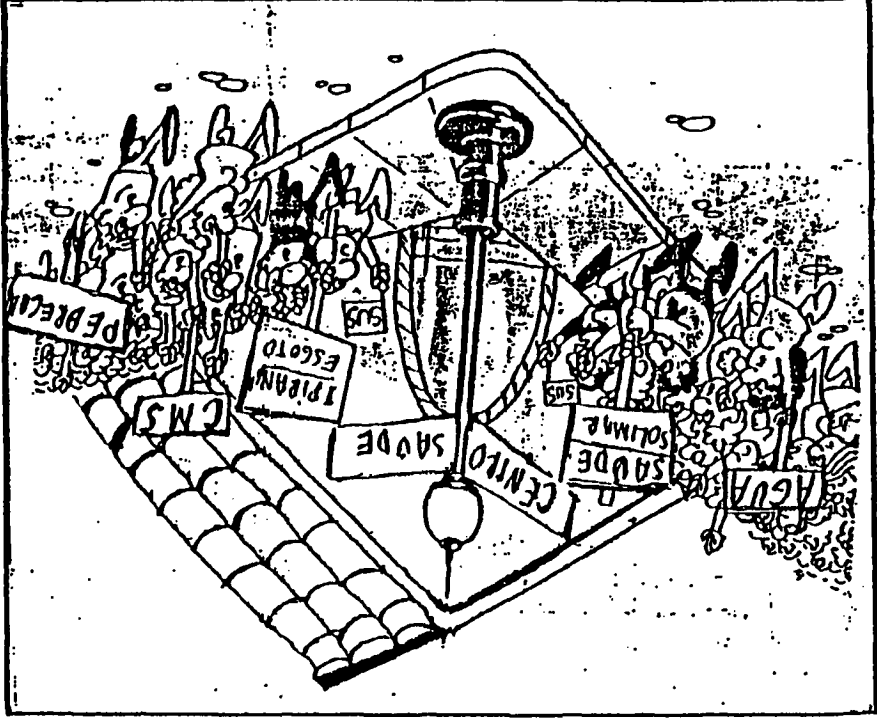
VIEIRA, L. **Cidadania e Globalização**. 6. ed. Rio de Janeiro-São Paulo: Ed. Record, 2002.

WENDHAUSEN, A; **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. 1999. 242 f. Tese de Doutorado em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

## **ANEXOS**

# CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

O CONTROLE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELO CONTROLE DA POPULAÇÃO



REGIÃO DO BAIRRO IPIRANGA  
SÃO JOSÉ - SC  
MAIO DE 2000

Reclamações e irregularidades no atendimento do SUS – dirigir-se à:

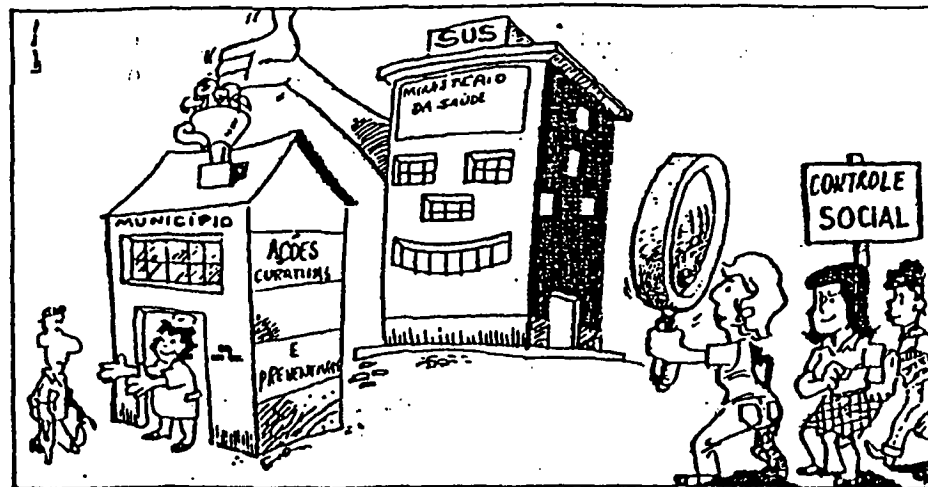
- Associação de Moradores;
- Pastoral da Saúde;
- Pastoral da Criança;
- Pessoas de sua Igreja ou Escola;
- Conselho Local de Saúde;
- Chefia do Centro de Saúde;
- Conselho Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Saúde;

## REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Toda a terceira terça-feira de cada mês às 09h na Sala de Reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.

Conheça seus direitos! Participe!

# ÚNICO DE SAÚDE - S.U.S.



É INEDITO!!! Pela 1ª vez a População Organizada, junto com Funcionários e Administração Pública da Saúde, decidem, fiscalizam e controlam os rumos do Sistema de Saúde. A Participação no Conselho Municipal, Conselhos Locais e Confe-

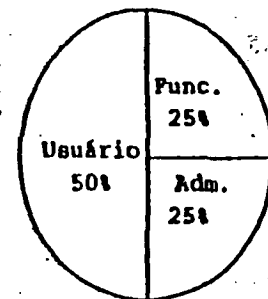
rências de Saúde, dão à População a oportunidade de exercer o seu Direito de Cidadania, obtendo informações, conhecimentos e participação nas decisões, o que fortalece os Movimentos que buscam a Transformação Social.

## O QUE SÃO CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

É uma das maneiras da Comunidade ter nas mãos esse Controle Social. É um espaço oficial garantido e reconhecido por Resolução do Conselho Municipal de Saúde, com Caráter Deliberativo, Consultivo e Fiscalizador das Ações de Saúde na área de abrangência de cada Unidade de Saúde.



POPULAÇÃO USUÁRIA:  
No mínimo 50%  
FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE:  
No mínimo 25%  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:  
No máximo 25%



EXEMPLO:  
Um Conselho com 12 membros  
Mínimo de 6 repres. da população  
Mínimo de 3 funcionários  
Máximo de 3 administração

O número máximo de membros de um Conselho são 24 titulares e para cada membro titular será eleito um membro suplente.

O Conselho deve ter um Presidente ou Coordenador eleito entre os membros titulares e dois secretários para registro de atas e controle de correspondências. A autoridade sanitária local é membro nato do C.L.S. Incluído nos 25% de administração pública.

## COMO CRIAR UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Os Conselhos Locais de Saúde são criados pelas Conferências Locais de Saúde, que devem ser amplamente divulgadas e permitir o máximo de participação da população local. Neste sentido é muito importante que todos os grupos organizados de uma comunidade discutam sobre seus problemas de saúde e sobre o que é o Conselho Local de Saúde antes da Conferência.

A ata da Conferência Local deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde para ser reconhecido oficialmente.



O Conselho recém-eleito deverá definir as normas de seu funcionamento e montar um regimento interno.

De acordo com a resolução 001/97 de 21/1/97 do Conselho Municipal de Saúde de São José são funções do Conselho Local de Saúde:

1. Ser consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde da área de abrangência da Unidade Local de Saúde.
2. Deliberar sobre o planejamento local e outras questões específicas referentes à Unidade de Saúde.
3. Fiscalizar a execução do plano e das políticas municipal e local de saúde.
4. Detectar irregularidades e exigir soluções.
5. Elaborar propostas e sugestões para o Conselho e Conferência Municipal de Saúde.



### TRABALHOS QUE PODEM SER REALIZADOS PELOS C. L. S.

- Pesquisar as condições de vida e os problemas de saúde do bairro.
- Decidir prioridades dos problemas de saúde com mais urgência de serem trabalhados.
- Participar da discussão, elaboração e avaliação do planejamento das atividades a serem realizadas pela unidade. Exemplo: Novos programas a serem desenvolvidos, forma de



agendamento da clínica odontológica, quadro com horário de trabalho dos funcionários, ...

- Propor alternativas para os problemas da comunidade que afetem a saúde das pessoas com atividades conjuntas das organizações populares e da unidade. Exemplo: Lixo, valetas abertas, falta de água tratada, ...
- Elaborar um jornalzinho local com informações sobre o atendimento da unidade, objetivos e trabalhos do conselho e questões importantes sobre a saúde da comunidade.
- Receber denúncias de irregularidades do atendimento e exigir soluções.

## COMISSÕES DE SAÚDE

### SUA IMPORTÂNCIA E AS DIFERENÇAS COM O C.L.S.

As Comissões de Saúde são organizações populares que se reúnem para defender os interesses e garantir os direitos da população usuária ao acesso dos serviços de saúde e ao Controle Social do Sistema de Saúde.

Nos Conselhos Locais de Saúde, que são organismos oficiais, os funcionários e administração tem muito mais facilidade para falar e apresentar propostas. A população não trabalha na área de saúde e precisa de mais tempo e discussões para elaborar o seu conhecimento e suas propostas.

As Comissões de Saúde tem completa autonomia e independência em relação aos

organismos governamentais e isto lhe dá mais condições de criticar, fiscalizar, precionar e mobilizar a população.

Nas Comissões a população aprende a participar preparando as suas propostas para serem levadas a discussão no Conselho Local de Saúde. Sem esse espaço do povo organizado toma-se muito difícil exercer o Controle Social da Saúde. Isto significa que ao criar os C.L.S., onde houver, a Comissão de Saúde não pode se acabar. Ao mesmo tempo, onde não houver, a criação de Comissões de Saúde é muito importante se quisermos que a população tenha voz ativa nos Conselhos Locais de Saúde.

### ALGUMAS TAREFAS DAS COMISSÕES DE SAÚDE:



Pesquisar as condições de vida, os problemas de saúde do bairro e os serviços de saúde existentes.

- Elaborar propostas e preparar a população para as discussões do C.L.S.
- Organizar e conscientizar a população, incentivando-a à participação.
- Desenvolver as lutas de saúde locais e outras reivindicações do bairro.
- Fazer ligação com o Fórum Popular de Saúde e as lutas gerais da saúde.